

Brochure n° 3262

Convention collective nationale

IDCC : 1621. – RÉPARTITION PHARMACEUTIQUE

AVENANT DU 5 MARS 2014

À L'ACCORD DU 8 MARS 1994 RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1450504M

IDCC : 1621

Entre :

La CSRP,

D'une part, et

La FCE CFDT ;

La FNP FO ;

La FCMTE CFTC ;

La CFE-CGC chimie,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant constitue un avenant de révision à l'accord professionnel de prévoyance signé le 8 mars 1994 (ci-après dénommé « l'accord ») et à ses avenants. Il a notamment pour objet de mettre en conformité ces textes (principalement l'annexe I de l'accord du 8 mars 1994) avec le décret du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (ci-après dénommé « le décret »).

Article 2

Champ d'application

Cet avenant est applicable aux entreprises relevant du champ d'application tel que défini par l'article A.2 de la convention collective nationale de la répartition pharmaceutique.

Article 3

Catégories de salariés

Les catégories professionnelles « cadres » et « non-cadres » mentionnées notamment dans l'annexe I de l'accord (aux articles 2.3, 3.1.1, 3.1.2, 3.2.1, 3.2.2, 3.3.1, 3.3.2, 4.1 et 4.2) s'entendent comme suit :

- cadres : salariés relevant des dispositions des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe de cette convention ;
- non-cadres : ensemble des autres salariés.

Il est décidé que l'accès au régime supplémentaire optionnel « RSF » de frais de santé instauré au bénéfice des cadres est étendu à la population « non-cadres ». Les garanties couvertes par ce régime optionnel « RSF » sont identiques, quelle que soit la catégorie concernée, de même que les taux de cotisations qui sont repris en annexe I du présent avenant.

Article 4

Ages limites des prestations

Les âges limites prévus, d'une part, dans l'accord à l'article 4 et, d'autre part, dans l'annexe I à l'article 3.2 relatif à la rente d'invalidité et à l'article 3.3 relatif au capital décès ne sont plus applicables conformément à la convention d'assurance qui a entériné cette modification le 1^{er} janvier 2007.

La réduction du capital après 65 ans prévue à l'article 3.3 n'est plus applicable, conformément à la convention d'assurance qui a entériné cette modification depuis le 1^{er} janvier 2008.

Article 5

Revalorisation des prestations

Conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Lors du changement d'organisme assureur, les partenaires sociaux s'engagent à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

Article 6

Cotisations

L'article 3 « Cotisations » de l'accord est modifié comme suit :

« Les cotisations (taux contractuel et taux d'appel) sont rappelées en annexe I du présent avenant. Elles pourront évoluer en fonction des nécessités d'équilibre du régime et de l'évolution de la législation. Un taux d'appel peut être proposé pour tout ou partie des risques par le comité paritaire de gestion prévu à l'article 2, en fonction des résultats techniques, soit du régime, soit d'un ou plusieurs des risques considérés. Le taux d'appel est plafonné à plus ou moins 10 % du taux contractuel. L'application du taux d'appel n'emporte pas modification de l'accord, par rapport au taux mentionné dans l'annexe au présent avenant.

Les cotisations sont calculées sur le salaire brut tel que défini dans les contrats d'assurance de mise en œuvre de l'accord et sont limitées à la tranche B du plafond annuel de la sécurité sociale.

Le taux minoré en Alsace-Moselle pour les frais médicaux se justifie par le régime local, qui prévoit une indemnisation supérieure de la part de la sécurité sociale et donc par conséquent un remboursement moindre du régime complémentaire.

Les niveaux de cotisations diffèrent en fonction des catégories professionnelles, cela se justifie par l'expression (en pourcentage du salaire brut) et en fonction des salaires moyens de chaque catégorie.

Les prestations de frais de santé sont identiques quelle que soit la catégorie de salariés. »

Article 7

Mise en conformité avec la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013

En application des dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi, il a été mis en œuvre par les contrats d'assurance un dispositif de « portabilité », permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes « frais de santé » et « prévoyance » dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'accord national interprofessionnel et ses textes d'application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers dans la limite de 9 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est assuré par un système de cofinancement ; le maintien dans les régimes s'effectue en contrepartie du versement, par l'ancien employeur et l'ancien salarié, de cotisations identiques à celles applicables aux salariés en activité, selon les modalités définies par les contrats d'assurance de mise en œuvre de l'accord.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ou de paiement des cotisations selon les modalités et dans le délai prévus, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

A compter du 1^{er} juin 2014 (pour le régime frais de santé) et du 1^{er} juin 2015 (pour le régime de prévoyance), et sauf modification législative, le mécanisme de la portabilité des régimes relèvera de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, il est convenu que les organismes gestionnaires et les partenaires sociaux mettront en œuvre les adaptations nécessaires pour mettre en conformité le régime conventionnel avec les dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi, notamment sur la mutualisation des garanties et le respect du niveau de couverture du panier de soins minima.

Article 8

Valeur des garanties

Le présent avenant a également pour objet de réviser et de remplacer certaines des garanties prévues à l'article 2.3 « Garanties » de l'accord de branche.

A compter du 1^{er} octobre 2013, les garanties accordées aux salariés cadres et non cadres de la branche de la répartition pharmaceutique sont ainsi modifiées :

Frais d'honoraires médicaux, qu'il s'agisse de médecin conventionné pratiquant ou non des dépassements, ou non conventionné

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale Secteur conventionné	100 % des frais réels dans la limite de 350 % de la base de remboursement de la sécurité sociale moins le remboursement de la sécurité sociale

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Secteur non conventionné	100 % des frais réels dans la limite de 350 % de la base de remboursement de la sécurité sociale moins le remboursement de la sécurité sociale
Optique acceptée par la sécurité sociale Verres adultes	100 % des frais réels dans la limite de 65 € par verre moins le remboursement de la sécurité sociale ou si plus favorable 13 fois la base de remboursement de la sécurité sociale

Frais dont les remboursements sont calculés sur la base des remboursements de la sécurité sociale

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Prothèses auditives	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du remboursement de la sécurité sociale

A compter du 1^{er} mars 2014, les garanties accordées aux salariés cadres et non cadres de la branche de la répartition pharmaceutique sont ainsi modifiées :

Frais d'honoraires médicaux, qu'il s'agisse de médecin conventionné pratiquant ou non des dépassements, ou non conventionné

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Optique acceptée par la sécurité sociale Verres et montures adultes (*)	Limitation à un équipement « monture et verres » une fois tous les 2 ans, le renouvellement s'entendant par année civile
(*) Limitation à un équipement tous les 2 ans, sauf prescription médicale justifiant d'une différence de correction d'au moins 0,5 dioptrie.	

Ostéopathie

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Ostéopathie	100 % des frais réels dans la limite de 25 € par séance, dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire

L'ensemble des garanties en vigueur au 1^{er} mars 2014 du RPO et du RSF sont reprises en annexe II et en annexe III.

Article 9

Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet dès les formalités de dépôt effectuées.

Article 10

Dépôt et extension

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, le présent avenant sera déposé en deux exemplaires, dont un exemplaire électronique, auprès de la direction générale du travail, dépôt des accords collectifs, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.

Un exemplaire sera également remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 5 mars 2014.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I
TAUX DE COTISATIONS

Régime RPO maladie-chirurgie-maternité

	CATÉGORIE CADRE	CATÉGORIE NON-CADRE
Taux contractuel :		
– régime général	1,37 % TA TB	2,25 % TA TB
– régime local (Alsace-Moselle)	0,92 % TA TB	1,52 % TA TB
Taux appelé :		
– régime général	1,34 % TA TB	2,25 % TA TB
– régime local (Alsace-Moselle)	0,90 % TA TB	1,52 % TA TB

Régime RSF maladie-chirurgie-maternité

	CATÉGORIE CADRE	CATÉGORIE NON-CADRE
Taux contractuel	10,14 % TA TB	0,14 % TA TB

Régime décès-incapacité-invalidité RPO et RSF

	CATÉGORIE CADRE	CATÉGORIE NON-CADRE
Taux contractuel	1,41 % TA TB	2,14 % TA TB
Taux appelé	1,50 % TA TB	2,35 % TA TB
Régime supplémentaire facultatif	0,50 % TA TB	0,22 % TA TB

ANNEXE II

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ RPO AU 1^{ER} MARS 2014

Consultations	Conventionné et non conventionné
Omnipraticien	23 € moins le remboursement sécurité sociale
Spécialiste	24,39 € moins le remboursement sécurité sociale
Professeur	50,31 € moins le remboursement sécurité sociale
Neuropsychiatre	45,73 € moins le remboursement sécurité sociale
Cardiologue	81,56 € moins le remboursement sécurité sociale
Avis ponctuel de consultant spécialiste	46 € moins le remboursement sécurité sociale
Avis ponctuel de consultant psychiatre	55 € moins le remboursement sécurité sociale
Visites	Conventionné et non conventionné
Omnipraticien	23 € moins le remboursement sécurité sociale
Spécialiste	24,39 € moins le remboursement sécurité sociale
Professeur	60,98 € moins le remboursement sécurité sociale
Neuropsychiatre	60,98 € moins le remboursement sécurité sociale
Déplacements et majorations	
Visites de nuit ou jours fériés	
Auxiliaires médicaux	67 % du remboursement sécurité sociale
Autres	67 % du remboursement sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	Conventionné
	67 % du remboursement sécurité sociale
	Non conventionné
	300 % du remboursement sécurité sociale
Analyses et prélèvements	Conventionné et non conventionné
	67 % du remboursement sécurité sociale
Prothèses auditives	250 % du remboursement sécurité sociale
Appareillages, prothèses médicales, autres que dentaires et auditives	150 % du remboursement sécurité sociale
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % des frais réels moins le remboursement sécurité sociale
Actes de spécialistes	Conventionné et non conventionné
	255 % de la base de remboursement sécurité sociale
Chirurgie dentaire (D ≥ 20)	Conventionné et non conventionné
	4,88 € par lettre – clé D
Soins dentaires et chirurgie dentaire (D < 20)	Conventionné
	43 % du remboursement sécurité sociale
	Non conventionné
	300 % du remboursement sécurité sociale
Ostéopathie	100 % des frais réels dans la limite de 25 € par séance, dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire

Radiologie	Conventionné 43 % du remboursement sécurité sociale Non conventionné 300 % du remboursement sécurité sociale
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ et orthodontie remboursées par la sécurité sociale Prothèses dentaires Orthodontie	Conventionné et non conventionné 320 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale 350 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ et orthodontie non remboursées par la sécurité sociale Prothèses dentaires Orthodontie	Conventionné et non conventionné 250 % de la base de remboursement sécurité sociale 250 % de la base de remboursement sécurité sociale
Optique Monture : – adulte (*) – enfant Verres : – adulte (*) – enfant Lentilles acceptées par la sécurité sociale	 60 € par monture moins le remboursement sécurité sociale 45,73 € par monture moins le remboursement sécurité sociale 65 € par verre moins le remboursement sécurité sociale ou si plus favorable 13 fois la base de remboursement 53,36 € par verre moins le remboursement sécurité sociale 70,13 € par paire
Hospitalisation médicale et chirurgicale (à l'exclusion de la maternité) Frais de séjour Honoraires médicaux Honoraires chirurgicaux Chambre particulière Forfait journalier hospitalier Transport du malade avec ou sans hospitalisation Maternité/adoption ⁽²⁾	 Conventionné 200 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale Non conventionné 150 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale Conventionné 200 % du tarif de convention moins le remboursement de la sécurité sociale Non conventionné 150 % du tarif de convention moins le remboursement de la sécurité sociale 255 % de la base de remboursement sécurité sociale 39,64 € par jour 50 % des frais réels 54 % du remboursement sécurité sociale Indemnité forfaitaire égale à 106,71 € par enfant

Cures thermales acceptées par la sécurité sociale ⁽³⁾	Indemnité forfaitaire égale à 3,66 € par jour (maximum 21 jours)
<p>(1) A l'exclusion de celles hors nomenclature sécurité sociale (HN).</p> <p>(2) Versement unique au mari ou à la femme si tous les deux travaillent dans la même entreprise.</p> <p>(3) L'allocation est également versée pour les cures acceptées au titre de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.</p> <p>(2) (3) A l'exclusion de tout autre remboursement pour lequel la sécurité sociale serait intervenue.</p> <p>(*) Limitation à un équipement « monture et verres adulte » une fois tous les 2 ans, le renouvellement s'entendant par année civile sauf prescription médicale justifiant d'une différence de correction d'au moins 0,5 dioptrie.</p>	

ANNEXE III

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ RSF AU 1^{ER} MARS 2014

(Ces garanties s'entendent y compris au titre de celles prévues au titre du RPO)

Consultations Spécialiste	Conventionné et non conventionné 27,44 € moins le remboursement sécurité sociale
Visites Spécialiste Professeur Neuropsychiatre	Conventionné et non conventionné 33,54 € moins le remboursement sécurité sociale 67,08 € moins le remboursement sécurité sociale 67,08 € moins le remboursement sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	Non conventionné 400 % du remboursement sécurité sociale
Appareillages, prothèses médicales, autres que dentaires et auditives	200 % du remboursement sécurité sociale
Actes de spécialistes	Conventionné et non conventionné 280 % de la base de remboursement sécurité sociale
Chirurgie dentaire (D ≥ 20)	Conventionné et non conventionné 5,34 € par lettre – clé D
Soins dentaires et chirurgie dentaire (D < 20)	Non conventionné 400 % du remboursement sécurité sociale
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ et orthodontie remboursées par la sécurité sociale Prothèses dentaires Orthodontie	Conventionné et non conventionné 360 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale 350 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ et orthodontie non remboursées par la sécurité sociale Prothèses dentaires Orthodontie	Conventionné et non conventionné 290 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale 290 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale
Hospitalisation médicale et chirurgicale (à l'exclusion de la maternité) Honoraires chirurgicaux	280 % de la base de remboursement sécurité sociale
(1) A l'exclusion de celles hors nomenclature sécurité sociale (HN).	